Ein Fall von latenter Phtise.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung

der

Doctorwürde in der Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt

der hohen medizin. Fakultät

der

Grossh. Bad. Albert-Ludwigs-Universität

am 26. Mai 1887

von

Salomon Hirschland
approb. Arzt aus Essen a. d. Ruhr.

Freiburg i. B.
Druck von C. A. Wagner.
1887.

Ein Fall von latenter Phtise.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung

der

Doctorwürde in der Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt

der hohen medizin. Fakultät

der

Grossh. Bad. Albert-Ludwigs-Universität

am 26. Mai 1887

von

Salomon Hirschland
approb. Arzt aus Essen a. d. Ruhr.

Freiburg i. B.
Druck von C. A. Wagner.
1887.

Gedruckt mit Genehmigung
der medizin. Fakultät und auf Anregung des Ref.
Herrn Prof. Dr. L. Thomas.

Dem Andenken

meines Vaters

Dr. med. M. Hirschland,

Ritter des Königl. Preuss. Kronenordens

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550826_0060

Seitdem R. Koch im Jahre 1882 die Auffindung des Tuberkelbacillus machte, ist die in sehr vielen Fällen schon vorher auf den bekannten Symptomen basierende Diagnose der Tuberkulose der Lungen um einen sehr bemerkenswerten Faktor bereichert worden. Es sind unzweifelhaft früher viele Fälle für Tuberkulose angesprochen worden, die es nicht waren und umgekehrt. Das hat sich nun geändert; aber trotzdem ist bis jetzt die Zahl der Krankheitsfälle, die nach Perkussion, Auskultation und sonstigen Begleiterscheinungen nicht als zur Phtise gehörig angesprochen werden konnte, und dennoch nach der mikroskopischen Untersuchung des Auswurfs als solche erkannt wurden, nur gering. — Die Litteratur des letztvergangenen Jahres stand mir nicht zu Gebote, und in der früheren fand ich nur einen diesbezüglichen Aufsatz im 8. Band der Zeitschrift für klinische Medizin von Leyden, sowie Hinweise auf die durch den Tuberkelbacillus gehobenen Schwierigkeiten der Diagnose „Phtisis pulmonum“ in dem Buch „De la phtisie bacillaire des poumons“ von G. Sée

Sée sagt in dem Kapitel „von der Diagnose der vorgeschrittenen, zweifelhaften und Pseudophtisen“ folgendes:

Es giebt eine Reihe von Krankheiten, die Phtise vortäuschen können:

1. Asthma und Emphysem.
2. Dilatation der Bronchien.
3. Verstopfung der Bronchienganglien.
4. Lungensyphilis.
5. Lungenkrebs.
6. Hydatidenhöhlen.
7. Pneumothorax.

Bei allen diesen Krankheiten muss man von nun an mit der mikroskopischen Untersuchung des Auswurfs beginnen; in den meisten Fällen wird dies das einzige Hilfsmittel für die Diagnose sein.

Umgekehrt muss die 4. Kategorie der Phtisen die umfassen, die ihrerseits andere Krankheiten vortäuschen. Dazu gehören:

a. Schwere Läsionen oder Indurationen der Lunge.

b. Exkavationen aller Art; vor Allen die Erweiterung der Bronchien, welche dieselben physikalischen Zeichen giebt wie die Phtise oder die Höhlentuberkulose.

c. Die Phtise kann den Anblick, die Form und den Gang des Bronchialkatarrhs und selbst den des Asthmas gewinnen.

Da wird endlich das negative Ergebniss des Auswurfs als endgültiges Kriterium dienen.

Leyden spricht sich im selben Sinne aus, doch warnt er nachdrücklichst davor, von nun an die Diagnose „Phtise“ lediglich auf den Tuberkelbacillus zuzuspitzen. Er knüpft hieran zwei Fragen:

1. Erlaubt das Fehlen des Tuberkelbacillus im Sputum den Schluss, dass es sich nicht um einen phtisischen Prozess handelt?

2. Können gelegentlich im Sputum auch Bacillen gefunden werden, ohne dass ein tuberkulöser Herd vorliegt?

Zur Beantwortung dieser letzten Frage fährt er fort: „Ich besitze zwei Beobachtungen, welche mir von Wichtigkeit zu sein scheinen. Ohne der pathologischen Bedeutung des Tuberkelbacillus zu nahe zu treten, zeigen sie doch, wie Tuberkelbacillen im Auswurfe als Nebensache vorkommen können, und wie die Diagnose auch in dieser Beziehung Vorsicht bedarf.“

Ich will diese Fälle noch vor dem nachher anzuführenden Fall einer durch Bronchiektasie und Emphysem kachierten Phtise anführen, da sie eine gewisse Analogie zeigen.

„Beide Fälle sind in der Charité mit aller Sorgfalt und Zuverlässigkeit beobachtet. Der eine Fall betraf einen 35jährigen Mann, welcher an chronischem eitrigen Bronchialkatarrh mit Emphysem, in Folge dessen an hochgradiger Cyanose und Dyspnoe litt. Bei der Untersuchung des Auswurfs, welcher eitrig war, keine elastischen Fasern, dagegen in grosser Anzahl die sog. Curschmann'schen Spiralen enthielt, wurden einige Tuberkelbacillen gefunden. Da der Befund uns überraschte, so wurde die Untersuchung unter allen Cautelen angestellt und von mehreren Untersuchern wiederholt, so dass ein Zweifel an der Richtigkeit nicht bestehen kann. Der Patient starb; die Autopsie ergab Lungenemphysem, diffusen eitrigen Bronchialkatarrh mit Bronchialerweiterung, keine Tuberkulose, auch bei der Untersuchung des Bronchialinhaltes aus verschiedenen Stellen konnten post mortem keine Bacillen gefunden werden; dennoch halte ich es für möglich, ja wahrscheinlich, dass die Bacillen aus zwei kleinen (bohnengrossen) bronchiektatischen Höhlen stammten, welche einen eingedickten käsigen Inhalt darboten, nur konnte ich auch in diesen keine Bacillen entdecken.

Der zweite Fall war ein einfacher; es handelte sich um ein junges Mädchen mit putrider Bronchitis und Bronchiektasie. Der Auswurf äusserst fötide und dünnflüssig, enthielt die bekannten putriden Pfröpfe und in diesen jene zahlreichen Formen von Bakterien, Coccen und Spirillen, welche ich bereits im Jahre 1866 beschrieben habe. Bei wiederholter Untersuchung wurden in diesem Auswurf Tuberkelbacillen in geringer Anzahl, einzelne sogar in den putriden Pfröpfen selbst gefunden, eine genaue Untersuchung liess auch einige kleine Bröckel elastischer Fasern entdecken. Wir diagnosticierten demnach einen tuberkulösen Process nebst putrider Bronchitis. Die Autopsie ergab denjenigen Zustand der Lunge, wie wir ihn bei putrider Bronchitis mit Bronchiektasie kennen: die Höhlen sassen im unteren Lungenlappen, waren ausgebuchtet, glattwandig und enhielten grosse putride Pfröpfe. Dies war auch die pathologisch-anatomische Diagnose, indessen bei einer sehr sorgfältigen Untersuchung des oberen Lappens liessen sich einige käsige Stellen entdecken und ergab auch die Untersuchung auf Schnitten, dass diese in der That den histologischen Bau tuberkulöser Knoten hatten und Tuberkelbacillen in nicht zu geringer Anzahl enthielten.

Beide Beobachtungen scheinen mir bemerkenswert. Sie widersprechen durchaus nicht der patholog. Bedeutung des Bacillus als Ursache der Tuberkelentwickelung, aber sie zeigen gleichzeitig, dass er auch bei solchen Lungenerkrankungen im Sputum auftreten kann, welche sich weder klinisch noch patholog.-anatomisch als tuberkulöse Phtisen erweisen und bei welchen erst die genaue Untersuchung das Vorhandensein kleiner tuberkulöser Herde von untergeordneter Bedeutung nachweist.“

Ich lasse jetzt den vorliegenden Krankheitsfall folgen:

Anamnese: Ludwig Müller, 45 Jahre alt, Müller.

Der Vater des Patienten ist gesund und lebt noch, die Mutter starb um das Jahr 1846 angeblich an einer Puerperalkrankheit. Zwei Brüder sind Landwirte und gesund, dagegen starben zwei Schwestern und ein Bruder der Mutter des Patienten an „Lungenfäule."

Er selbst will von früh auf viel gehustet haben, hatte aber sonst keine Krankheiten, ausgenommen, dass er mit 8 Jahren eine Ohrenoperation durchmachte.

Mit 18 Jahren kam er dann in die Müllerei und wurde hier auf die verschiedenste Weise beschäftigt, namentlich musste er auch Säcke mit Getreide ein- und mit Mehl austragen.

Mit 20 Jahren bekam er die Lungenentzündung und lag 4 Wochen in Gottmadingen, seinem Geburtsort, krank darnieder. Dann blieb er 15 Jahre gesund bis zum Jahre 1876, wo er in Lörrach den Typhus acquirierte; hier in Freiburg machte er 1878 dieselbe Krankheit mit Pleuritis im hiesigen Spital nochmals durch. (Eine Krankengeschichte ist übrigens nicht aufzufinden). Er war darnach $^1/_4$ Jahr unfähig zur Arbeit.

Im Jahre 1881 im Sommer wurde er, und noch ein Tischgenosse plötzlich nach einem Mittagessen unwohl; er lag 6 Wochen im hiesigen Spital krank und litt viel durch Brechen und Fieber.

1882 heiratete Patient zum ersten Mal. Ein Kind, das dieser Ehe entspross, starb mit 3 Jahren wahrscheinlich an Typhlitis.

Vom Dezember 1885 bis Ende April 1886 litt Patient wieder viel unter dem nie ganz fehlenden Husten und hatte jetzt auch über Engigkeit auf der Brust zu klagen. Der Auswurf war sehr reichlich und stinkend.

Er bekam Terpenthininhalationen verordnet, worauf sich die Erscheinungen sehr besserten.

Seit dem Jahre 1885 betreibt Patient die Müllerei nicht mehr, seit April 1886 arbeitete er indessen in einem Holzgeschäft.

Die jetzige Affektion begann im Dezember vorigen Jahres mit starkem Husten und sehr reichlichem Auswurf bis zu 750 ccm die Nacht. Der Auswurf war zuerst wieder sehr übelriechend, wurde dann geringer und ist augenblicklich auch nur mässig foetid.

Patient hat sonst, abgesehen von Dyspnoe bei schweren Arbeiten, die ihm sein Emphysem verursacht, absolut keine Beschwerden.

Als Medikament bekommt er Liq. Ammon. anis. mit Morphin. Er schafft sich selbst genügende und zweckmässige Nahrung; augenblicklich arbeitet er als Gärtner in der Vorstadt Wiehre.

Eine am 13. Mai 1886 in der hiesigen Poliklinik aufgenommene Krankengeschichte giebt an:

Patient leidet seit März an Nachtschweissen, Husten, Heiserkeit und Auswurf.

Der Auswurf ist gelblich-grün, sehr reichlich, alle 2 Tage ab- und zulassend, kommt dann plötzlich wieder in bedeutender Menge, anfangs übelriechend.

Auscultation: Feinblasige Rasselgeräusche in den Oberlappen.

Percussion: Dämpfung in der R. Papillarlinie am oberen Rand der 7. Rippe.

Diagnose: Emphysem, Bronchitis.

Therapie: Inhalationen mit ol. Terebinth.

20. Mai 1886: Besserung; Inhalationen mit Jod-Carbols., ol. Terebinth., Morph.

Dann meldete sich Patient wieder am 21. März 1887: Husten und starker Auswurf, täglich ½ Liter, etwas foetor; Appetit vermindert, Stuhl regelmässig.

Auscultation: Verschärftes vesikuläres Atmen, verlängertes Exspirium, keine Rasselgeräusche.

Percussion: Herzdämpfung nicht vorhanden, Herztöne rein. Dämpfung in der R. Papillarlinie am unteren Rand der 7. Rippe bis 4 Finger unterhalb des Rippenrandes.

Diagnose: Emphysem, Bronchitis.

Therapie: Liq. Ammon. anis. c. Morph. mur.

Die von mir am 23. März 1887 vorgenommene Untersuchung ergab folgende Resultate:

Patient ist ein mittelgrosser, untersetzter Mann von gutem Ernährungszustand, sein Fettpolster ist gut entwickelt. Im Gesicht fällt eine leichte Cyanose auf, ebenso zeigen sich die Finger in geringem Masse kolbig aufgetrieben, sonst sind aber keine Stauungserscheinungen vorhanden.

Nach der Entkleidung fällt vor Allem zuerst der exquisit fassförmige Thorax auf; der Hals ist kurz, die Sternocleidomastoidei springen namentlich bei der Inspiration stark vor. Die Drosselgrube ist tief. Auch die Supraclaviculargruben sind eingezogen, R. mehr wie L., ebenso die Mohrenheim'schen Gruben. — Einzelne leicht dilatierte Venen sind auf der Brust sichtbar.

Die Erweiterung der Interkostalräume ist nur durch das Gefühl zu konstatieren.

Respiration: Die Lungen machen 16 Atemzüge in der Minute, die gleichmässig erfolgen. Keiner der beiden Teile bleibt hinter dem andern zurück. Der Typus ist der normale abdominelle, doch treten, wie oben erwähnt, jedesmal die Hilfsmuskeln in Thätigkeit.

Percussion: Sie ergiebt keine Differenz auf beiden Seiten; dagegen weicht der Schall insofern vom normalen ab, als man den tiefen, sonoren, an den Schachtelton erinnernden und für das Emphysem charakter. Percussionsschall bekommt. Dieser Lungenschall reicht rechts bis zum unteren Rand der 7. Rippe; infolgedessen und durch die bei dem vorhandenen Emphysem jedenfalls verlangsamte Cirkulation des kleinen und grossen Kreislaufs bedingte Volumenszunahme ist auch die untere Leberdämpfung tiefer gerückt und reicht hier gut 2 ctm unter den Rippenrand hinunter.

R. hinten beginnt die Dämpfung am unteren Rand der 11. Rippe, L. noch 1 Finger breit tiefer.

Der halbmondförmige Raum ist entgegen der bei Lungenemphysem vorkommenden Verkleinerung eher etwas vergrössert; eine Erscheinung, die vielleicht mit der früher durchgemachten linksseitigen Pleuritis zusammenhängt.

Percussion des Herzens: Der Spitzenstoss ist weder sichtbar noch mit dem aufgelegten Finger fühlbar. Dagegen sieht man an Stelle desselben eine allgemeine, leichte Erschütterung der Brustwand und fühlt dieselbe mit der flachaufgelegten Hand. Eine absolute Dämpfung ist wegen des bestehenden Emphysems nicht nachzuweisen. Die relative obere Grenze findet sich im Liegen des Patienten am oberen Rand der 5. Rippe; die rechte Grenze 1 Finger breit nach links vom linken Sternalrand, sodass die ganze Herzdämpfung sehr verkleinert ist.

Auscultation der Lunge: L. sowohl oberhalb als unterhalb der clavicula unbestimmtes Atmen mit verlängerter Exspiration. Rasselgeräusche sind nicht wahrnehmbar. R. etwas verschärft vesikuläres Atmen mit verlängertem Exspirium. Auch hier keine Rasselgeräusche.

Auscultation des Herzens: Dieselbe ergab sowohl an der Spitze, wie an den Ostien reine Herztöne, doch schien der 2. Pulmonalton in geringem Grade verstärkt.

Die Auscultation der Stimme ergab keine Abnormitäten.

Die Milzdämpfung scheint verkleinert zu sein, eine genaue Perkussion ist schwer.

Pulszahl: Sie beträgt 70 in der Minute; die art. rad. fühlt sich etwas hart an, der Puls ist nicht leicht zu unterdrücken.

Fieber besteht nicht.

Urin zeigt bei einer in der Poliklinik nach der Ferrocyankalium- und der Salpetersäurekochprobe vorgenommenen Untersuchung Spuren von Eiweiss.

Mensuration: Vorne unterhalb der mammae und hinten unterhalb der unteren Schulterblattwinkel ergab

bei tiefster Exspiration 94 ctm (normal 82 ctm)
nach tiefster Inspiration 96 ctm („ 90 „).

In der Gegend des proc. ensif. bei ruhiger Atmung 90 ctm.

Sputum: Es wird über Nacht etwa ¼ l. ausgeworfen; es hat schleimig-eitrigen Charakter und riecht deutlich foetid. Blut ist demselben nicht beigemischt. Das Sputum bleibt auch im Speiglase konfluierend.

Mikroskop. Untersuchung: Da es von Interesse war, ob vielleicht Turberkelbacillen in demselben vorhanden seien, so wurde gleich auf sie das Hauptaugenmerk grichtet und da war es sehr auffallend, dass gleich im ersten Präparate eine Unmenge derselben gefunden wurden. — Sie lagen teils in Zellen eingeschlossen, teils ausserhalb derselben. Ihre Form war die gewöhnliche und konnte mit einer Vergrösserung von 350 (Leitz) bequem erkannt werden.

Die Färbemethode war die nach Ehrlich:

Die auf Deckgläschen an der Luft getrockneten Objekte wurden in einer Lösung von Fuchsin-, Alcohol- und Carbolwasser (Fuchsin 1,0, Alcoh. absol. 10,0, Aq. carbol. (5%) 100,0) bis zum Dampfen erwärmt und bis 2 Stunden frei schwimmend darin gelassen. Darauf wurden sie abwechselnd in Wasser und 25% Schwefelsäure entfärbt, 5 Minuten mit Methylviolett überfärbt, getrocknet und in Canadabalsam eingelegt.

Auf diese Weise wurden am 23. März, 30. März und 6. April je 4 Präparate angefertigt und in allen mit Ausnahme von zweien (bei denen wahrscheinlich die Entfärbeflüssigkeit zu lange eingewirkt hatte) wurden die Bacillen gefunden.

Elastische Fasern konnten nicht nachgewiesen werden, auch nicht, nachdem das Sputum mit 25% Kalilauge gekocht und das Filtrat untersucht wurde.

An sonstigen Bestandteilen enthält das Sputum grosse Plattenepithelien mit einem und mehreren Kernen, eine Menge Eiterkörperchen und Detritusmassen.

Laryngo-rhinoskop. Untersuchung: Die am 12. April 1887 unternommene laryngo- und rhinoscop. Untersuchung ergab folgende Resultate:

Nase: Im kartilaginösen Teil des septum narium an der Grenze von Knochen und Knorpel zeigt sich eine Perforation, die vollkommen und grade von einer Nase in die andere führt. Die Oeffnung ist von vorn nach hinten länger als von oben nach unten und bekommt so eine ovoide Gestalt mit nach hinten gerichteter Spitze. Das ganze septum ist stark injiciert. Nach Entfernung des die Ränder der Perforation bedeckenden Nasensekretes, das sich leicht von denselben ablöst, erscheinen diese hochrot, nicht ulceriert. Dagegen sieht man an

der nach vorn schauenden vertikalen Wand der Perforation zwei tuberkelähnliche grauweissliche Knötchen. Ausserdem zeigt sich in der linken Nase vom unteren vorderen Winkel der Perforation ausgehend ein Riss zum Nasenboden durch den ein mit der Sonde bewegliches Knorpelstück abgelöst ist.

Es war interessant, zu erforschen, ob wir es hier mit einer tuberkulösen Affektion zu thun hatten, da Lues vom Patienten durchaus geleugnet wurde und ich zudem keinen Grund hatte, irgend welchen Zweifel an seiner Wahrheitsliebe zu hegen.

Es wurde also von dem die Perforation noch umgebenden Nasensekret (?) etwas auf 4 Präparate verteilt; aber die am selben Tage vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab keine Spur von Tuberkelbacillen, sondern nur ein reiches Gewirr einzelner Fäden, die wohl Schimmelpilze darstellen, sowie die Sporen derselben manchmal in lebhaft an die Sarcinen erinnernden Bildern.

Am 20. April wurde wieder 1 Präparat untersucht: auch diesmal ohne Erfolg.

Die untere Muschel ist beiderseits diffus vergrössert.

Sehr bemerkenswert ist eine freilich noch in physiol. Grenzen sich haltende und durch die Rhinoskop. post. erkennbare zwiebelförmige Anschwellung des sept. narium.

Oben im Nasenrachenraum findet sich eine Spur adenoider Vegetationen.

Kehlkopf: Das ganze Organ ist anämischer als normal; an der hinteren Seite des Kehldeckelrandes bemerkt man eine keilförmige Verdickung, die diesen stärker abrundet als normal, so dass der freie Kehldeckelrand fast die Form eines Kreissegmentes bekommt. Kleine dilatierte Gefässe laufen von der unteren auf die obere Fläche hinüber: die ary-epiglotischen Falten sind nicht

geschwellt, auch sonst zeigt die Epiglottis keine ödematöse Durchtränkung.

In der interarytänoidalen Spalte sind zwei sehr kleine, mehr wie durch Fissuren bedingte Erhebungen.

Die übrigen Teile des Kehlkopfs zeigen nichts Abnormes.

Diagnose: Emphysema, Bronchiectasia, Phtisis pulmonum; Bronchitis chronica, Phtisis laryngis; ulc. tuberc. narium. (?)

Erinnern wir uns nun also noch einmal an die durch die Untersuchung des Kranken und die Symptome seiner Krankheit gewonnenen Resultate, so finden wir nichts, was uns die Diagnose „Phtisis pulmonum et laryngis" mit so absoluter Sicherheit stellen lässt, als das positive Ergebniss der Sputumuntersuchung und der charakteristische laryngoskopische Befund, von dem wir nachher noch besonders zu sprechen haben.

Es war daher natürlich, dass vor der Untersuchung des Auswurfs die Diagnose Emphysem und Bronchiektasie gestellt wurde; Emphysem nach den Ergebnissen der physikalischen Untersuchung — Bronchiektasie durch die charakteristische Art der Herausbeförderung des Sputum, seine Farbe, den Geruch und seine Konsistenz.

Wie kommt es nun, dass wir die Phtise im vorliegenden Fall nicht in der Sprechstunde konstatieren konnten?

Sée will 3 Kategorien von Phtisen aufgestellt wissen, die schwierig oder gar unmöglich zu diagnosticieren sind:

1. latente Phtisen. — Eine erste Kategorie von grösserem Interesse umfasst die Fälle von Phtisis, die sich nur durch Blässe und Abmagerung der Fiebernden oder wohl durch funktionelle Störung der Respirations-

organe, den trockenen oder katarrhalischen Husten, Hämoptoë mit und ohne Fieber zu erkennen geben, ohne irgend ein physikal. Zeichen, das irgend welchen diagnost. Wert hat, wobei die Auskultation und Perkussion nur normale oder negative Resultate ergeben. Das sind die latenten Phtisen, die es oft zu erkennen gelingt durch die Untersuchung des Auswurfs sei es, dass es sich um Hämoptoë unbekannten Ursprungs handelt, sei es, dass man es mit einem hartnäckigen Husten zu thun hat, sei es endlich, dass man bei einem beträchtlichen Fieber mit Verfall der Kräfte eine Differentialdiagnose stellen soll zwischen Miliartuberkulose und typhösem Fieber.

2. Larvierte oder anormale Phtisen.

In einer gewissen Anzahl von Fällen ist die Phtisis durch eine andere Krankheit masquiert. Sie setzen mit einer gewissen Wucht ein und gewähren das Bild einer akuten Krankheit so einer lobulären Pneumonie, akuten Bronchitis, accidentellen Laryngitis, einer einfachen Pleuritis.

3. Pseudophtisen.

Dahin gehören Tumoren, Neoplasmen anderer Art, ulceröse Höhlen; ich will nur von erweichten syphilit. Knoten sprechen, von den Dilatationen der Bronchien, welche eine der am allermeisten zur Tuberkulose analogen Erscheinungen darbieten; man muss dann noch hinzufügen den chronischen Katarrh, das Asthma mit Emphysem. Da ist die Gegenwart oder das Fehlen der Bacillen das beste Hülfsmittel.

Als Beweis für seine Behauptungen führt Sée folgende Fälle an:

1. Bronchite aigue grippale.

Sie datirt von 3 Wochen und ist charakterisiert durch feuchte Rasselgeräusche, disseminiert genau wie bei Grippe;

man konstatirte von Anfang an Bacillen im Auswurf: 14 Tage später fand man feuchtes Knisterrasseln in der rechten Lungenspitze.

2. Bronchite subaigue.

Bei einem Alkoholisten und Tabakraucher. Disseminierte feuchte Rasselgeräusche ohne irgend eine Lokalisation in den Spitzen; ohne Fieber, ohne Abmagerung. Man musste an einen einfachen Katarrh glauben, eine wiederholte Untersuchung des Auswurfs zeigte Bacillen.

Ebendahin gehören die Kranken von Lichtheim und von Celli und Guarini, die nichts weiter als Husten hatten.

Wenn wir nun also die Einteilung G. Sée's annehmen wollen, so müssen wir unseren Fall zur Kategorie der latenten und gewissermassen auch larvierten Phtisen rechnen; physikalisch haben wir nichts als Emphysem und Bronchiektasie.

Dem Emphysem hat man, nachdem es früher überhaupt geleugnet war, bei der Phtisis eine sowohl diagnostische wie therapeutische Bedeutung beigelegt. In dem obenerwähnten Buch widmet Sée diesen „Phtisen mit emphysematöser Form" ein besonderes Kapitel. Er meint da: es giebt in der That eine Spezialbedingung für die Bildung des Emphysems — das ist der fibröse Zustand, der sich bei der Tuberkulose findet, bis zu welchem Grad und in welcher Form sie sich auch zeigen mag. Sobald die fibröse Umwandlung in den isolierten oder agglomierten Tuberkeln eintritt, ist auch das Emphysem möglich. Es ist noch gerade so bei der Lungensclerose, die sich der Kavernen bemächtigt und die eine Form darstellt, welche ich Trösterin (consolante) der in das Stadium des Zerfalls eingetretenen Phtise nennen werde.

Die Beobachtungen von Trippier und Perroud zeigen bei der fibrösen Phtisis, sei es in der Nachbarschaft fibröser Granulationen die Erweiterung der Alveolen, sei es an ausgewählten Punkten, entfernt von den kranken Stellen, d. h. an den vorderen Rändern der Lunge oder im Umfang der Basis diese Partialemphyseme, welche man mit Bard „anatomische Emphyseme“ nennen muss, die keine andere Beziehung zum klinischen Emphysem haben, als den äusseren Anblick der Lunge, die aber nichts destoweniger, wenn sie nur ausgebreitet sind, die Diagnose der Tuberkulose erschweren können, indem sie ihre gewöhnlichen Zeichen masquieren.

Wenn das Emphysem vorherrscht, verdeckt es ganz den tympanitischen Lungenton, der von der tuberkulösen Induration herrührt; man erkennt alsdann durch eine starke oder schwache Perkussion nur den von der ausserordentlichen Erweiterung der Alveolen und Infundibula herrührenden verstärkten Tympanismus.

Aber nicht allein die perkutorischen Resultate verdeckten durch ihren sich in allen Stellen gleichbleibenden tiefen, sonoren Klang eine etwaige Infiltration, sondern hier kommen noch hinzu die Auskultationsphänomene. — Wir haben in keiner der beiden Lungenspitzen abgeschwächtes Atmem, in keiner verdächtige Rasselgeräusche. So wären wir ratlos dagestanden, wenn nicht die Untersuchung des Sputum ein positives Resultat ergeben hätte. Darum ist es auch Sée's ceterum censeo immer und immer wieder, die Untersuchung des Auswurfs, die Konstatierung der Bacillen.

Aber wenn nun diese nicht gefunden wären, so meint Sée war es keine Tuberkulose; Leyden bestreitet das durchaus. Im vorliegenden Fall waren wir noch gesichert durch das laryngoskopische Bild.

Es ist noch nicht lange her, als aus der Würzburger medicin. Klinik eine Mitteilung herauskam, an deren Schluss es hiess: „Bei dem so häufigen Zusammentreffen der Infiltration oder Verdickung des freien Randes der Epiglottis und bei der so auffälligen Abhängigkeit derselben von der zugleich bestehenden Erkrankung der Lungenspitzen und dem Verlaufe dieser Erkrankung erscheint es gewiss gerechtfertigt diese Infiltration als etwas für die Tuberkulose specifisches anzusehen.“

Die betr. Veränderungen werden nun folgendermassen beschrieben:

Der freie Rand der Epiglottis, besonders der obere, der normal eine scharfe Kante bildet, die nach vorn oder seltener nach hinten leicht umgeschlagen sein kann, besass nicht die gewöhnliche Schärfe, sondern erschien mehr abgerundet, sodass die Epiglottis im Sagittaldurchschnitt nicht eine zulaufende Spitze bildete, sondern im Gegenteil gegen den freien O. Rand zu sich plötzlich leicht verdickte und eine kolbige Anschwellung erkennen liess, die in einzelnen Fällen etwa 2 bis 3, selbst 3½ mm betragen konnte.

Die Farbe der Schleimhaut der Epiglottis erschien nur wenig verändert, sie war weniger glänzend-rot, mit einem Stich in's Graue oder Schmutzigblaue, sodass der Reflex trüber, mehr grau oder graurot erschien; die Oberfläche der Schleimhaut zeigte sich ziemlich stark gespannt mit eigentümlich mattem Glanze; Auflagerungen waren nicht zu sehen, dagegen fanden sich in etwa der Hälfte der Fälle unter der Oberfläche der Schleimhaut graue, kirschenähnliche Infiltrate, oft von einer stark gefüllten Vene umgeben; die Infiltrate ragten nicht über die Oberfläche der Schleimhaut hervor.

Die Schleimhaut der aryepiglottischen Falten erschien

in fast allen Fällen vollkommen normal, ebenso die der Taschenbänder, die wahren Stimmbänder waren in einzelnen Fällen etwas gerötet, besonders im vordern Vereinigungswinkel; in andern Fällen normal, in ganz seltenen Fällen liess sich eine leichte Lockerung der interarytänoidalen Schleimhaut erkennen.

Es bestand also in den betreffenden Fällen eine fast vollkommen isolierte, keil- oder kolbenförmige Verdickung des freien oberen oder seitlichen Randes des Kehldeckels, meist ohne jede weitere Veränderung des übrigen Kehlkopfes, besonders aber, ohne, dass irgend welche ulcerative Vorgänge an irgend einem Teile des larynx nachgewiesen werden konnten, ohne Schmerz und Funktionsstörung, indem sich die Epiglottis beim Phonieren ziemlich frei heben konnte und auch einer Hebung mit der Sonde nicht den geringsten Widerstand entgegensetzte.

Von der Schwellung, die der Kehldeckel bei specifischem oder nicht specifischem Katarrhe zeigt, unterscheidet sich die beschriebene Form ganz deutlich, indem bei ersterer der Kehldeckel als Ganzes geschwellt ist, nicht bloss der Rand, die Schleimhaut zeigt mehr oder minder intensive Rötung, die Gefässe erscheinen stark gefüllt die umgebenden Teile, aryepiglottische und pharyngoepiglottische Falten sind ebenfalls von dem Katarrhe und der Schwellung betroffen, es besteht meist Schmerz, Heiserkeit, der Kehldeckel ist schwer oder gar nicht beweglich.

Das Aussehen der mit dieser Veränderung behafteten Personen war ein sehr verschiedenes; einzelne zeigten ein blühendes, kräftiges Aeussere, sodass man in keiner Weise eine tiefer greifende Allgemeinerkrankung hätte annehmen können; andere zeigten ein mehr torpides, blasses Aussehen, doch nie in dem Grade wie bei phtisischer Konsumption in späteren Stadien.

Wenn nun in den von Möser, der die obigen Bemerkungen machte, 1885 mitgeteilten Fällen bei fast allen Patienten Spitzenkatarrh und Infiltration nachgewiesen werden konnte, so ist unser Fall um so bemerkenswerter, als eben physikalisch nichts nachgewiesen werden konnte, dadurch aber diese isolierte, kolbige Anschwellung des Epiglottisrandes eine erhöhte, diagnostische Bedeutung erhielt. Bemerken wollen wir auch hier noch, dass wie in den von Möser mitgeteilten Fällen Patient keine Ahnung von seiner Kehlkopfaffektion hat; niemals Schluckbeschwerden, niemals lokalisierte Schmerzen und augenblicklich eine nur ganz unbedeutende Heiserkeit.

Ob sich an der Infiltration, „wie an einem Barometer alle Schwankungen in der Besserung und Verschlimmerung der Allgemeinerkrankung ablesen lassen", konnte bei der relativen Kürze der Beobachtung des Patienten nicht festgestellt werden; dagegen ist im Allgemeinen doch bemerkenswert, dass Patient jetzt von früh 7 bis abends Gärtnerarbeiten verrichtet und sich ausserordentlich wohl dabei fühlt; er schläft die ganze Nacht ruhig, um gegen Morgen das angesammelte Sputum auszuhusten.

Uebrigens machte schon Schrötter (1876) aufmerksam auf stecknadelkopfgrosse, gräulich-weisse, opake Knötchen am Epiglottisrande und hielt sie für ganz charakteristisch für die tuberkulöse Form. „Genannte Erscheinungen erregen, auch wenn nur ein alter chron. Lungenkatarrh vorhanden ist, den Verdacht auf ein sich vorbereitendes schweres Lungenleiden."

Und Isambert (Annales des maladies de l'oreille etc. 1876) behauptete, dass das, was man bei Verdacht auf Tuberkulose als ödematöse Schwellung bezeichne, kein Oedem sei. „Die bis jetzt zur Linderung gemachten Skarrifikationen und Incisionen hatten nie Abschwellung und Abfliessen

einer serösen Flüssigkeit zur Folge, wohl aber oft schwer heilende Ulcerationen.“

Kommen wir nun zum Schluss noch auf die Perforation des septum zu sprechen, so haben wir falls es sich um einen durch die Tuberkulose hervorgerufenen Zustand handelt, es mit einem überaus seltenen Fall zu thun.

Wir haben allerdings bis jetzt keine Bacillen gefunden und dieses negative Ergebniss widerspricht ja der Vermutung; aber wenn sie in dem abgetupften Sekret gefunden worden wären, konnte man da nicht einwerfen, dass sie durch den Exspirationsstrom an diesen Ort geworfen worden wären?

Jedenfalls bleibt die in stecknadelknopfgrossen graulichen Knötchen sich darstellende Infiltration der hinteren vertikalen Platte der Perforation bemerkenswert, sowie die Zerfaserung des Knorpels am unteren vorderen Winkel; diese Erscheinungen in Uebereinstimmung mit der strikte abgegebenen Erklärung des Patienten nie an Lues gelitten zu haben und mit dem Mangel jeder sonstigen Defekte, die an Lues denken lassen müssten, berechtigen uns wohl zu dem Schluss, dass es sich um einen abgelaufenen tuberkulösen Process handeln müsse.

Perforation des septum hat man auch wohl nach schweren Typhen gesehen, dahin gehört z. B. der Fall von Lagneau, aber da waren es gewöhnlich Komplikationen mit anderen Dekubitalnekrosen. Nun hat ja unser Patient Typhus durchgemacht, aber nur leichtere Formen.

Dann hat Casabianca 1876 in seiner Schrift „des affections de la cloison des fosses nasales“ auf eine Perforation aufmerksam gemacht, wie sie sehr gewöhnlich bei den Arbeitern in Fabriken, die Kali bichromic. herstellen, vorkommen. Starker Schnupfen und Krusten-

bildung geht der Nekrose des Knorpels vorher. Die Perforation ist zuerst sehr klein und sitzt immer $1^1/_2$ bis 2 cm oberhalb des häutigen Septum, allmälig kann sie recht gross werden, führt aber zu keiner Formveränderung.

Auch diese Ursache trifft bei unserem Patienten nicht zu.

Ueber kongenitale Perforationen des septum habe ich nirgends eine Andeutung gefunden.

Die Fälle von Tuberkulose der Nasenscheidewand sind, wie oben schon erwähnt, recht selten, um so spärlicher muss aber die Litteratur darüber sein, als man früher überhaupt der Rhinoskopie wenig Achtung schenkte.

Die ersten Berichte finde ich in einem Aufsatz von Laveran in L'Union 1877. Der Verfasser meint, wenn die Geschwüre (es handelt sich noch nicht um ihre Folgezustände) auftreten, so können sie leicht als tuberkulöse Geschwüre diagnosticiert werden, lokalisiert sich aber die Tuberkulose auf der Nasenschleimhaut zu einer Zeit, wo die allgemeinen Zeichen einer Phtise oder Tuberkulose noch nicht deutlich ausgesprochen sind, so kann die specifische Natur solcher Geschwüre leicht übersehen werden, obwohl auch in einem früheren Stadium der Phtise derartige Tuberkellokalisationen in der Nasenschleimhaut vorkommen können.

Der erste Fall betraf einen 25 Jahre alten Soldaten, der an der Lungenphtise mit Kavernenbildung litt und starb. Ein Gesichtserysipel, das im Leben auftrat, war der Grund zu Entdeckung von einem Geschwür an dem Naseneingang und zwar der Scheidewand der Nase. Die Ulceration hatte die Grösse eines 20-Centimesstückes, einen graulichen Grund, abgerundete Ränder, blutete leicht bei Berührung und zeigte an den Rändern weissliche oder gelbliche Punkte, ähnlich den Tuberkeln.

Schmerzen hatte das Geschwür nicht gemacht.

Der zweite Fall betrifft einen 43 Jahre alten Hauptmann, der an chronischer Laryngitis und Lungenphtise litt und bei welchem an der innern Oeffnung des rechten Nasenloches, in der Gegend des unteren Teils der Nasenscheidewand, sich eine Ulceration mit graulichem eitrigem Grund ungefähr von der Grösse eines 50-Centimesstückes fand. Die Ränder des Geschwürs waren injiciert, rot. Die Geschwürsform war etwas länglich. Das Geschwür breitete sich bis zur Schleimhautfläche des rechten Nasenflügels aus, machte aber dem Kranken keine Schmerzen.

Die mikroskopische Untersuchung der Nasenschleimhaut-Ulceration ergab vollständigen Mangel des Epithels daselbst, sowie in der Umgebung; es fanden sich nur embryonale Gewebe und elastische Fasern, die dem Entzündungsprozess widerstanden hatten, aber doch durch neugebildete Elemente auseinander gedrängt waren. An einzelnen Stellen zeigte sich Tuberkelgranulation; das äusserste knorpelige Ende des Nasenflügels war angegriffen.

Wir sehen, es handelt sich in diesen Fällen um grössere Defekte, um ausgedehnte Geschwürsprocesse, die mehr oder minder auch auf die übrige Nasenschleimhaut übergriffen, nicht um eine scheinbar so gutmütige Affektion, wie sie unser Fall bietet.

Recht merkwürdig, aber auch recht dunkel sind die Beobachtungen v. Linhart's in der Wiener medizinischen Presse vom Jahre 1867. Würden wir die Perforation in unserem Fall nicht auf tuberkulöse Processe nach den Begleitumständen und dem Aussehen derselben basieren lassen müssen, wir wären sehr leicht geneigt, unseren Fall den v. Linhart's anzureihen. Dazu

kommt die Behauptung des Patienten, niemals irgend welche Veränderungen an seiner Nase verspürt zu haben.

Doch hören wir v. Linhart selbst:

v. Linhart hat mehrere Fälle einer bis dahin ganz unbekannten Erkrankung der Nasenscheidewand beobachtet, deren Verlauf er so beschreibt. Am freien Rande des Nasenknorpels bildet sich dicht neben dem septum mobile eine bräunliche Borke und nach ihrer Ablösung bemerkt man ein kreisrundes Loch in dem Septum. Dieses Loch vergrössert sich nach oben, wie gegen das septum mobile, welches stets intakt bleibt. Selten begrenzt sich der Process noch im Knorpel, meist schreitet er bis zu dem knöchernen Teil der sept. nar. vor und endet regelmässig an der Knochengrenze. Der Prozess kann in 4—5 Tagen vollendet sein, aber auch 1—2 Jahre in Anspruch nehmen. Nie war Eiter, übler Geruch oder eine geschwürige Stelle an der erkrankten Partie zu bemerken. Das jüngste Individuum unter den beobachteten Fällen war 5, das älteste 41 Jahre alt.

Ein Zusammenhang der Erkrankung mit Syphilis oder Scrofulose war nie nachweisbar. v. Linhart glaubt daher, dass es sich um eine „parasitäre“ Affektion handeln müsse. — Später hat v. Linhart, soviel mir bekannt ist, keine weiteren Beobachtungen diesbezüglicher Natur mitgeteilt.

Ziehen wir noch das Résumé unserer Beobachtung, so erhellt daraus, nicht allein bei jedem verdächtigen Fall einer Lungenerkrankung das Sputum zu untersuchen, sondern auch zu laryngoskopieren. Das Letztere umsomehr, als sich an der Epiglottis, wie wir gesehen haben, früher die phtisische Infiltration bemerklich macht, als sie durch die physikalische Untersuchung der Lungen erkannt werden kann und als ja auch einmal kein Sputum ausgeworfen

werden oder Bacillen nicht gefunden werden könnten. — Die Nasenaffektion ist eine nebensächliche und kann nicht zur Diagnose verwertet werden, aber als eine höchst seltene Erscheinung durfte sie nicht übersehen werden.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, Herrn Prof. Dr. Thomas für die freundliche Ueberweisung des Themas meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.